

【特集2: 認知行動療法の現在】

**統合失調症の認知行動療法: エビデンス、認知モデル、実践**

Cognitive Behavioural Therapy for Psychosis: Evidence, cognitive model and practice

菊池 安希子

Akiko Kikuchi

**I はじめに**

「妄想は訂正不能・了解不能である」<sup>56)</sup>というのは、精神医学を学ぶ者であれば、誰でも一度は学ぶ内容である。妄想的訂正不能性・了解不能性は、もはや一つの前提として多くの精神保健専門家の知識体系の中に刻み込まれており、「聞き過ぎるとかえって悪くするので、なるべく日常生活の話に戻してゆく」といった対応方針を学んだ者も多いだろう。ところが1990年代以降に無作為割付比較対照試験が次々と報告されるようになった「精神病（主に統合失調症）の認知行動療法 Cognitive Behavioural Therapy for Psychosis（以下、CBTp）」は、妄想であっても認知再構成（≒訂正）が可能な場合があることを前提とした心理学的介入法である。幻覚・妄想についても、患者自身から情報収集しながら協働して対処法を探したり、現実性の検証をしてゆく。CBTpは、これまで前提としてきた「訂正不能・了解不能」「聞き過ぎない」と一見すると矛盾するように思われるため、整合性のつけかたに戸惑いを覚える臨床家も少なくないようだ。

本稿では上記のような戸惑いに少しでも答えるために、現時点でのCBTpのエビデンスに触れた後、CBTpを実施する際に有用な心理学的モデルと治療の流れを提示し、最後にCBTpの今後の方向性について記載したい。

**II CBTpのエビデンス**

うつ病の認知療法で知られるBeckが1952年に体系化された妄想をもつ統合失調症患者に認知療法を

適用した事例を発表していた<sup>3)</sup>ことはあまり知られていない。しかしその後の1960年代から1970年代にかけては、統合失調症に対する個人精神療法の効果が対照群を設定したトライアルにおいて否定されたこともあり、統合失調症に精神療法は適さないとみなされる時代が続くこととなった<sup>44)</sup>。1980年代に入ると、主として英国から、統合失調症患者の薬物抵抗性の症状に対して認知療法を適用した事例報告が出てくるようになった。さらに1990年代になると、英国で複数の研究者グループがCBTpの無作為割付比較対照試験を実施するようになっていった。近年では英国以外の国々にもCBTpの実践が広まりつつあり、これまでに30以上の無作為割付比較対照試験が実施されている。その効果については、現在までに2回のコクラン・レビューを含め、数々の包括的レビューにまとめられてきた<sup>25), 26), 41), 42), 46), 54), 55)</sup>。これまでのところ、CBTpは中等度以上の効果量を示してきている。最近のWykesらによる包括的レビュー<sup>54)</sup>では、精神病性障害の患者を対象としたCBTp研究のうち、①対象者の過半数が統合失調症患者である、②対象者全員が標準的治療を受けている、③介入群は標準的治療プラスCBTpを受けている、④対照群が設定された研究デザインである、⑤割付手順が決まっている、⑥陽性症状、陰性症状、社会機能レベル、気分、絶望感、自殺可能性、社会不安のいずれかを介入の標的としているという6つの包含基準を満たす効果研究を選択し、介入前後の結果を比較して治療の平均効果量を算出した。選択された研究は34存在し、標的的症状に対する研究全体の効果量は0.40 (95%CI 0.252, 0.548)であった。研究間の効果量はバラツキが大きく (0.2~0.9)、研究デザインが厳密 (例: ブラインド評価、割付重視分析などの採用) なほど、効果量が低い傾向がみられた。34の研究のうち、個人療法は22、集団療法は12であり、このレビューでは集団療法の数が増えてきたことにより、個人療

法との効果量の比較が可能となった。個人療法のエビデンスの方がいまだに多いとはいえ、集団療法と個人療法の効果量の間には有意な差はみられなくなってきた。

これまでのところ、CBTpのエビデンスが最も厚いのは、薬物抵抗性の持続的な精神病症状に対してであるが、病識獲得や治療アドヒアランスの改善のためにも提供が推奨されている<sup>38)</sup>。効果検討の蓄積により、CBTpは現在では、英国、アメリカ、カナダの統合失調症の治療ガイドラインにおいて推奨される心理的介入となっている<sup>10),33),38)</sup>。

統合失調症の心理社会的治療には、家族介入、援助付き雇用、ACT (Assertive Community Treatment)、SST (Social Skills Training)、CBTpなど様々な方法がある。その目標も、再発防止や社会生活技能の改善、再入院率の減少、認知機能の改善など多岐にわたるが、CBTpのエビデンスは其中でも精神病症状の改善（苦痛の緩和、症状の減少）にかかわるものであり、服薬等の標準的な生物学的治療の提供は前提となっている。

### III CBTp実施に有用な陽性症状の認知モデル

妄想や幻聴は、患者の苦痛も大きく、薬物療法が効かないケースもあるため、心理的な治療の意味は大きい。1980年代後半から、統合失調症の認知行動療法の発展と連動して、妄想や幻覚の認知モデルも発展した。これまでいくつかのモデルが提唱されているが<sup>7),11),15),19),36)</sup>、いずれも体験の解釈が妄想

形成に重要な役割を担っている点では共通するため、本稿ではGaretyらのモデル<sup>19)</sup>を中心に紹介する。

このモデルの中心的な流れは以下のとおりである(図1)：

- ① ストレス脆弱性の高い個人にストレスがかかる (Bio-psycho-social vulnerability)
- ② その結果、意識体験の異常 (図中の「異常知覚体験anomalous conscious experience」が生じる (例：声が聞こえる)
- ③ 異常知覚体験に対して、特定の解釈がされる
- ④ 信念や幻覚が、陽性症状として確立する

ストレス脆弱性としては、早期の神経発達の異常など、神経生物学的要因が関係するだけでなく、都市部での生育、社会的孤立や移民といった社会要因も影響するといわれている。脆弱性のある個人にストレスが加わり (図中①)、異常知覚体験anomalous conscious experience (例：声が聞こえる、思考がぬぎとられる感覚)が生じる (②)。

異常知覚体験が生じる理由については、いくつかの認知機能障害に関連した説が提唱されている。Hemsleyら<sup>24)</sup>は、統合失調症では、新しい入力情報を貯蔵された記憶情報と参照しつつ統合していく機序に問題があるために、偶然的出来事に意味あるつながりを知覚しやすくなるとしている。たとえば、統合失調症者では、情報として現在/近時の情報に大きく影響を受け、過去の情報が相対的に過度に軽

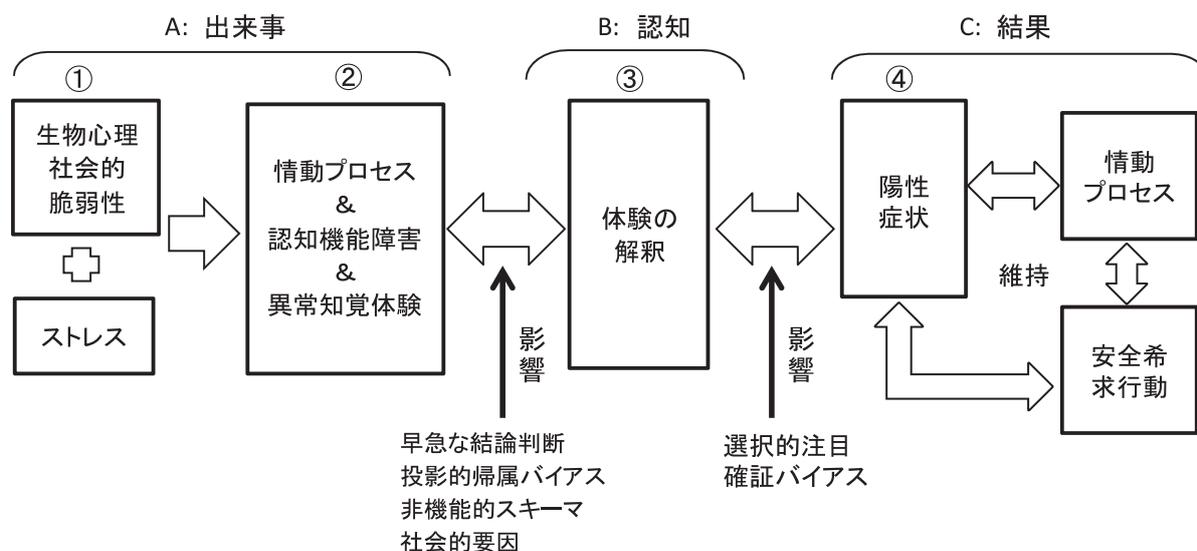


図1. 陽性症状の認知モデルの模式図

視されやすく、現在の情報とうまく統合されにくい傾向が実験的に確認されている<sup>53)</sup>。一方、Frithら<sup>13)</sup>は、セルフ・モニタリングの障害によって自己の思考や行動が自分の意図を伴わない異質なものとして知覚されることが異常知覚体験につながるとしている。この基盤として、Kapurら<sup>28),29)</sup>は、統合失調症におけるドーパミン活性の非脈絡性、つまり、その状況の脈絡やあきらかな引き金に関係なく活性化されることを挙げている。妄想内容には、神や悪魔など超人的な存在や特殊能力をもつ存在が取り込まれることが少なくないが、脈絡の了解不能な状況で、ドーパミンによって入力情報の顕現性salienceが高まることによる異常知覚体験が基盤になっていると考えればわかりやすい。

異常知覚体験と同時に否定的な情動が体験されていること(図中②の情動プロセス)が、その後の解釈に影響を与えることが観察されている。臨床群と非臨床群を比較した研究では、同じような精神病(様)体験がある場合でも、苦痛度の違いが両群を判別することが示され<sup>39)</sup>、精神病性障害の既往歴が無いが幻覚体験がある人々の3年後の追跡調査では、抑うつ症状が存在した者で発症率が高かった<sup>31)</sup>。

しかし、異常知覚体験があるだけでは、精神病症状にはならない。陽性症状として確立するのは、この異常知覚体験が特定の解釈(図中③)をされたからである。この特定の解釈には3つの特徴があるといわれる<sup>4),15)</sup>: a) その体験の原因を自分ではない外的な何かに帰属させる、b) その体験が自分に関連づけられる、c) 制御不能であると感じられることである。では、なぜこのような解釈が採用されるのか。これまでの研究によって解釈の過程に、様々なバイアスが介在していることが分かってきた。代表的なものが、推論バイアスとしての早急な結論判断(Jumping to Conclusions: JTC)バイアスと帰属バイアスである。

早急な結論判断バイアスとは、少ない情報から判断を下し(情報収集バイアス)、強い確信を持ってしまう(確信度バイアス)傾向を指す<sup>58)</sup>。Garetyら<sup>17)</sup>は妄想をもつ患者では、少ない情報から高い確信度にいたることを確率判断課題を用いて実証的に示した。その後、JTC傾向は、発症のウルトラハイリスク群や統合失調症患者家族にも、妄想から寛解している人にも観察されることが示されている<sup>15)</sup>。JTCバイアスは、急性期には強まり<sup>40)</sup>、慢性期

には弱まるが、山崎ら<sup>58)</sup>は、慢性期患者では情報収集バイアスは健常群と比較して高いまま、確信度バイアスが低くなっていることを見いだした。JTCバイアスは認知行動療法への良い反応を予測する「認知的柔軟性」<sup>14)</sup>と負の相関を持つ<sup>18)</sup>ことから、治療的に重要な意味を持つといえる。

帰属バイアスには、様々な種類があるが、妄想と関連が深いものに投影的帰属バイアス(ネガティブな出来事を他人に投影する原因帰属のバイアス)がある<sup>27)</sup>。KaneyとBentallは、被害妄想患者、抑うつ患者、健常対象者に対して帰属スタイルの質問紙を実施し、被害妄想患者と抑うつ患者が健常対象者をはさんで逆の傾向を示すことを見いだした<sup>60)</sup>。抑うつ患者では、ポジティブなことを他者や状況に帰属させ、ネガティブな出来事は自分のせいだと帰属させるのに対し、被害妄想患者ではポジティブな出来事を自分に帰属させ、ネガティブな出来事を他者や状況のせいだとみなしていたのである。その他の帰属バイアスとしては、自己標的バイアス(自分を他人からの標的として認知しやすい傾向)<sup>60)</sup>が知られる。また、音源を外的に帰属させやすいソース・モニタリングのバイアス<sup>52)</sup>も原因帰属に影響を与えていると考えられる。

どのような解釈が採用されるかは、個人の生育歴や文化的背景、生活状況等に影響をうける<sup>30)</sup>。非機能的スキーマの影響については、否定的自己概念の強さが陽性症状の重篤度と相関することを示した研究<sup>2)</sup>や、被害妄想に関連することを示した研究<sup>43)</sup>などがある。

様々なバイアスによって、異常知覚体験が外的に由来し、自分に関連し、制御不能であると解釈(図中③)されると、以降は、持続する異常知覚体験と通常の心理学的プロセス(選択的注目、確証バイアスなど)によって、確信度が高まり、陽性症状として確立する(④)。幻覚・妄想に由来する不安や恐怖を軽減するための回避行動(安全希求行動)も、確信度を高く維持する要因となる。被害妄想に駆られて行動に出る患者では安全希求行動の率が高いことを示した研究もある<sup>12)</sup>。また情動プロセスが陽性症状の発現・再発や維持に関連することは、感情表出Expressed Emotionの研究からも明らかである<sup>32)</sup>。

以上の陽性症状の認知モデルによれば、心理学的介入の余地は、複数箇所にあることが分かる。スト

レス脆弱性 (①) や異常知覚体験 (②) の根本に対応するためには、薬物治療が第一選択になるとしても、ストレスや異常知覚体験の緩和は環境調整や対処スキルの増強によって可能である。また体験の解釈 (③) から陽性症状 (④) の確立とその維持プロセスまでは、心理学的プロセスの影響度が高いため、認知行動療法のターゲットとして適しているということができる。

#### IV CBTpの実際

##### 1. 治療目標

CBTpの治療目標は、精神病症状により引き起こされた患者の苦痛を緩和し、再発予防や社会障害の改善に役立つような「本人なりの精神病の理解」を持てるように援助することである。到達する病識がどの程度であろうと、症状体験の苦痛、心理社会的影響によって悪化している症状の重症度を下げることが主目標とする。CBTpは幻覚・妄想へのアプローチを中心に語られることが割に多いが、統合失調症の病期によって目標も変わってくる。前駆期であれば早期介入、急性期には早期回復、部分的寛解期 (慢性患者) であれば症状の軽減、寛解期であれば再発予防が強調されることになるだろう<sup>45)</sup>。

##### 2. 介入の流れ

統合失調症の認知行動療法の具体的な内容は、開発グループによって強調点が異なるものの、主要な構成要素はほぼ一致している。表1にはGaretyら<sup>16)</sup>の述べる治療のステージを示した。各段階はこの順に進むとは限らず、患者によって柔軟にすすめる。

第1段階のラポール形成は、全ての心理療法において不可欠な要素である。介入の初期段階では、精神療法的介入について不信感を持っている者もいる

表 1. 統合失調症の認知行動療法のステージ

ステージ	課題
1	治療導入とアセスメント
2	ストレス対処法と症状対処法の増強
3	精神病体験の理解を促す
4	幻覚や妄想への介入
5	抑うつや否定的自己評価への介入
6	再発予防

ため、柔軟なアプローチが求められる。面接を短めに切り上げたり、場所も面接室にこだわらずに実施するなどの配慮が必要である。CBTpにおいて特に重要視されるのは「不同意への同意」関係の確立である。「不同意への同意」関係とは、同じ出来事について異なる意見を持っていても協働関係を続けられる関係をさす。「不同意の同意」関係がないままに妄想について取りあげると、妄想信念を否定しないことが共謀につながる可能性があり、逆に妄想信念を否定することで患者が妄想 (と医療者が呼ぶ) 内容を話さなくなることにつながりかねない。妄想に対しては、根拠の無さを挙げて直面化しても確信度が却って上がることすらあるのは、知られたことである<sup>35)</sup>。そこで、妄想内容については、検証してみるまでは結論を保留するという協働実証主義をとるためにも、「不同意への同意」関係を構築することが重要である。

アセスメントは、ラポール形成と不可分である。丁寧なアセスメントは、患者の主訴を真剣に受けとめていることを伝えることにもなる。問題リストを作成し、情報収集を行う。系統的方法として、Antecedent and Coping Interview (ACI)<sup>45)</sup>などが知られている。アセスメントで得た情報は、暫定的な目標作りや、対処方略の計画、第3段階の精神病症状の理解を促す事例定式化に使用する。

第2段階のストレス対処法と症状対処法の検討の背景には、Tarrierら<sup>47)</sup>の対処方略増強法の研究がある。予後のよい統合失調症患者では、持続する症状に対して自発的に対処方略を獲得しており、その内容は認知的方略 (例: 自己教示法)、行動的方略 (例: 人と話す)、生理学的方略 (例: 呼吸法)、感覚的方略 (例: 聴覚刺激量の調節) に分類されることがわかった。対処方略は多くの場合、永続的な効果はないものの、苦痛を軽減することで、不安・恐怖などの感情の影響で症状が悪化する悪循環を防ぎ、患者の自己効力感を高める。症状に対するコントロール感がいくらかでも改善することで、妄想信念の検証がしやすくなるという効果もある。対処方略を生活の中で般化するためには、患者の知的能力や認知障害に配慮し、たとえば、自己教示内容を記したプロンプト・カードを作成するなどの工夫が有用である。また、この段階で重要なスキルの一つは、「対処すべき状態だ」と自覚するスキルである。身体感覚を手がかりとして感情に名前をつけることから取り組

む必要のある場合も少なくない。

第3段階では、患者の精神病体験についての見立てを、協働して組み立てる（事例定式化）。妄想を強く確信している患者であっても、その体験自体を苦痛で、自分の機能を障害するものであると感じていることが多い。自分自身の苦痛は無くとも、周囲の人たちとの関係の悪化が苦痛になっていることもある。それ故、この段階では、原因についての解釈は一致しないまでも、患者の主体的体験に合致するような事例定式化をすることを目指す。その範囲は、統合失調症の発症を説明しようとするものから、特定場面で起こる苦痛な症状に限局したもので多様であるが、状況説明だけでなく、その後の介入を計画するためにも用いる。多くの場合、基本骨格となるのは認知療法のABC図式である。たとえば、担当スタッフの変化など環境変化によって病状不安定になりやすい患者では、特定状況を取りあげて「担当看護師が異動した（Activating Event）→守ってくれる人がいなくなって自分は危険にさらされている（Belief）→不安・おちつかなさ・幻聴（Consequence）」として引き金状況因の理解に焦点をあてることもあれば、あるいは、同じ状況で生じた幻聴を取りあげて「『おまえを殺す』幻聴（A）→自分は危険にさらされている（B）→ひきこもり（C）」として、幻聴への解釈に焦点をあてることも考えられる。また、担当看護師の異動から引きこもりまでを一つの事例定式化にしてもよい。事例定式化は作業仮説であるため、介入がうまくいかなかった場合には、その情報もとりこみつつ、改訂を加えていく。

この段階で有用なのが、症状のノーマライジング（正常類似体験・比較説明法<sup>30)</sup>）である。患者が精神病症状に先立って経験していたストレスの蓄積に関連づけながら、ストレス・脆弱性モデルを説明し、特定の条件（例：感覚遮断、断眠）が揃えば、精神病体験は一般人口にも生じうるといった情報提供をしながら患者が「おそらく何か然るべき理由があつて症状が生じたのであるし、誰でも特定の条件下でストレスがかかれば精神病状態になりうる（pp106）」<sup>49)</sup>と感じられるように促す。ノーマライジングは、単なる言葉上のやりとりであると誤解されることがあるが、背景にあるのは、正常体験と精神病体験は明確に区別可能な状態像で存在しているのではなく、その間には連続性が認められることを支持する一連の研究である<sup>51)</sup>。症状のノーマライジングは関係

構築やスティグマの軽減、統合失調症の診断名が持つ否定的イメージを和らげるのに役立つ。

第4段階では苦痛な妄想や幻覚にまつわる信念に介入することになる。方法的には妄想や信念について、系統的に根拠を調べ、他の選択肢を検討するといった標準的な認知療法が用いられるが、幻覚・妄想を扱う場合には、治療関係が確立していることが極めて重要であり、さらに、反証を用いた直面化のようにならない配慮が必要である。「不同意の同意関係」を下敷きにして、出来事の解釈がいかにも多様でありえるのか、人間は一定の状況下でいかに物事の原因の誤帰属をしようのかななどを共有しながら、日常的な体験や判断を詳細にとりあげて検討してゆく。認知面を直接扱うだけでなく、行動実験によって、妄想の反証を試みることもある。確立した妄想では、反復的な出来事の誤った解釈、持続的な異常知覚体験、結論への早急な結論判断バイアス<sup>17)</sup>、確証バイアスなどによって、反証が見えなくなっているため、他の選択肢の検討が困難な患者もいる。認知機能の障害がある場合には、他の解釈を考えたり、反証に気づいたりすることが難しくなるため、治療者側がソクラテスの問答法などを多用しつつ、他の解釈や反証を誘導的に引き出したり、あるいは、直接的に提示したりする必要が生じることは少なくない。また、妄想自体が、自尊感情の保護など何らかの機能を持っていると考えられる場合もある。その場合、妄想信念の修正ではなく、症状によって生じる苦痛を緩和することのみに焦点を当てた方がよいかもしれない。無理せずに、ゆっくりと進め、何度でも振り出しに戻ることをいとわない姿勢が求められる。筆者の経験でも、妄想の確信度が下がったとしても、症状再燃に先立って「妄想だと分かっているんですが、やっぱり本当だという気がするんです」といった状態像を経る患者もいる。統合失調症の病態は、基盤にある神経病理からの影響が圧倒的に大きい。心理学的介入の影響を及ぼせる範囲を、先に記載した精神病の認知モデルなどを含めて理解した上で、最大限の効果を目指すことが現実的である。

第5段階では、低い自尊感情がテーマになることが多い。アセスメント段階で、過去の外傷体験や、精神病発症以降の否定的体験との関連が見えている場合もある。こうした否定的自己評価は、抑うつ症状や不安症状とあいまって、妄想の維持・強化につながる可能性が高い。たとえば、声（幻聴）が虐待

的なことを言ってきた場合に、低い自己評価と合致する内容であると解釈され、それ故、声の実在性や透視能力についての確信度を高めてしまうのがその一例である。同定された否定的自己評価に対しては、不安・抑うつなどに用いる標準的な認知療法の手順を用いることが推奨されるが、統合失調症の自尊感情に特化した介入も存在している<sup>23)</sup>。

第6段階では、それまでの作業の要約を行い、再発予防のためのとり組みを行う。再発のサインは、個人個人で独自の特徴があるとされ、あたかも署名のようであるとして、「再発署名relapse signature」と呼ばれることもある<sup>6)</sup>。そこで、患者が自らの発症体験や再発体験を振り返り、個別の注意サインを時系列に同定する。注意サインには、自覚的サインだけでなく、家族や関係者が気づくことの出来る他覚サインも含める。その上で、再発の危険度に応じた対処法や相談先を決めて手順用紙としてまとめ、患者と関係者で共有する。用紙にまとめるだけでなく、相談先に電話をかけてみるなど、具体的な対処を予行演習しておくことが有用である。このような準備をしておくことで、再発を防げない場合でも、早めに治療につながる、前回発症時に比べると苦痛が少ないなどの効果が期待でき、直近の再発経験をもとに再発予防計画を改訂していくことができる。

CBTpによって妄想信念の確信度が下がっても、妄想に見られる推論の異常は持続する。認知行動療法による確信度の低下は、状況特異的に本人が認知を意識的に変更することを学習することによって達成されるのであり、結論への性急な飛躍傾向など自体が変わるわけではないらしいことが示唆されている<sup>8)</sup>。その意味でも、一定期間のCBTpによって症状が軽減したり、苦痛が緩和したとしても、その効果が永続するとは限らない。効果維持のためには、ブースター・セッションを設けたりすることが望ましいと考えられる。

## V CBTpの今後

統合失調症の認知行動療法は、1980年代から主として英国で実践が始まり、1990年代以降の数々の無作為割付比較対照試験による効果検討及び症状の認知モデルの精緻化が行われた。こうした取り組みは今後も続くと考えられるが、さらにどのような動きがでてきているのだろうか。

まず、効果検討研究については、「より対応困難

な状態像への適用」の流れが出てきている。例えば、暴力傾向をもつ統合失調症患者へのCBTp研究(PICASSO研究)<sup>20),22)</sup>や、物質使用障害が併存している患者へのCBTp研究(MIDAS研究)<sup>1),21)</sup>、命令幻聴へのCBTp研究<sup>9),48)</sup>などがある。いずれも予備的な小規模無作為割付比較対照研究では効果が見られたため、多施設研究による追試へとむかっている。また、必ずしも対応困難とはいえないが、早期介入、発症前の介入についてもさらなる研究が待たれる<sup>34)</sup>。

厳密な包含基準によって患者を選択し、高度にCBTpのトレーニングをされたリサーチ・セラピストたちが行った介入研究(efficacy study)によって示された効果が、実際の臨床現場においてどの程度、再現可能なのかについての疑問が呈されている。これに対し、Turkingtonら<sup>50)</sup>は、地域精神科看護師にトレーニングとスーパービジョンを行い、地域で生活する統合失調症患者に短期のCBTpを提供した場合の効果検討を行った。その結果、必要なトレーニングが確保された場合には、高度にトレーニングを積んだ臨床家でなくとも一般臨床現場において無作為割付対照試験で示されてきた治療効果を再現することが可能であることが示された。また、地域のメンタルヘルス・チームによる実際の臨床現場におけるCBTp介入を検討した研究においても介入効果が認められた<sup>37)</sup>。こうした一連のeffectiveness studyは続けられており、CBTpの臨床現場における再現可能性を実証しつつある。

主として英国で始まったCBTpの動きは、現在、諸外国に広まりつつある。それでは、英国での普及はどの程度なのであろうか。実は英国においても2002年のNICE統合失調症治療ガイドライン以降も、統合失調症患者の心理学的介入の提供は進んでいるとはいえず、たとえば、イングランドのメンタルヘルス・トラストの調査では、2006年3月までの12ヶ月間でCBTの提供を受けた統合失調症患者は46%に過ぎないことがわかっている。普及が進まない理由として、「スタッフ・トレーニングの不足」、「医学的・司法的ニーズの優先」(＝薬物治療とリスクアセスメントの優先→CBTを行う時間が無くなる)、「研究者との協働の不足」、「患者やその家族が、自責感やスティグマからすすんで心理的治療を求めない」などが考えられている<sup>5)</sup>。特にトレーニングは重要であり、これはワークショップ参加だけでは足

りず、その後も継続的にスーパービジョンが重要である。本邦のように専門家が少ない場合でも、ピア・スーパービジョンなどが有用であろう。

本邦においても、これまで原田<sup>57)</sup>、池淵<sup>61)</sup>、石垣<sup>59)</sup>、丹野ら<sup>60)</sup>による先駆的な実践や研究が重ねられてきていたが、一般精神科への普及は始まったばかりといえる。CBTpの普及をはかるためには、英国での教訓を生かし、専門家がまだ少ない中、トレーニング機会の確保や研究者との協働に取り組む必要があるだろう。

統合失調の認知行動療法について、エビデンスの概略、陽性症状の認知モデル、介入の流れについて概説した。統合失調症患者の心理社会的リハビリテーションの選択肢の1つとして、一般臨床現場における認知行動療法の一層の普及が望まれる。

#### 文 献

- 1) Barrowclough C, Haddock G, Tarrier N, Lewis SW, Moring J, O'Brien R, Schofield N, McGovern J: Randomized controlled trial of motivational interviewing, cognitive behavior therapy, and family intervention for patients with comorbid schizophrenia and substance use disorders. *Am J Psychiatry* 158: 1706-1713, 2001
- 2) Barrowclough C, Tarrier N, Humphreys L, Ward J, Gregg L, Andrews B: Self-esteem in schizophrenia: relationships between self-evaluation, family attitudes, and symptomatology. *J Abnorm Psychol* 112: 92-99, 2003
- 3) Beck AT: Successful outpatient psychotherapy of a chronic schizophrenic with a delusion based on borrowed guilt. *Psychiatry* 15: 305-312, 1952
- 4) Beck AT, Rector NA: Cognitive approaches to schizophrenia: theory and therapy. *Annu Rev Clin Psychol* 1: 577-606, 2005
- 5) Berry K, Haddock G: The implementation of the NICE guidelines for schizophrenia: barriers to the implementation of psychological interventions and recommendations for the future. *Psychol Psychother* 81: 419-436, 2008
- 6) Birchwood M: Early intervention in psychotic relapse: cognitive approaches to disorders, eds. Haddock G, Slade P, pp. 171-211. Brunner Routledge, New York, 1996
- 7) Birchwood M: Pathways to emotional dysfunction in first-episode psychosis. *Br J Psychiatry* 182: 373-375, 2003
- 8) Brakoulias V, Langdon R, Sloss G, Coltheart M, Meares R, Harris A: Delusions and reasoning: a study involving cognitive behavioural therapy. *Cogn Neuropsychiatry* 13: 148-165, 2008
- 9) Byrne S, Birchwood M, Trower PE, Meaden A: A Casebook of Cognitive Behaviour Therapy for Command Hallucinations: A Social Rank Theory Approach. Routledge, London, 2006
- 10) Clinical practice guidelines. Treatment of schizophrenia. *Can J Psychiatry* 50: 7S-57S, 2005
- 11) Freeman D, Garety PA, Kuipers E, Fowler D, Bebbington PE: A cognitive model of persecutory delusions. *Br J Clin Psychol* 41: 331-347, 2002
- 12) Freeman D, Garety PA, Kuipers E, Fowler D, Bebbington PE, Dunn G: Acting on persecutory delusions: the importance of safety seeking. *Behav Res Ther* 45: 89-99, 2007
- 13) Frith CD, Blakemore S, Wolpert DM: Explaining the symptoms of schizophrenia: abnormalities in the awareness of action. *Brain Res Brain Res Rev* 31: 357-363, 2000
- 14) Garety P, Fowler D, Kuipers E, Freeman D, Dunn G, Bebbington P, Hadley C, Jones S: London-East Anglia randomised controlled trial of cognitive-behavioural therapy for psychosis. II: Predictors of outcome. *Br J Psychiatry* 171: 420-426, 1997
- 15) Garety PA, Bebbington P, Fowler D, Freeman D, Kuipers E: Implications for neurobiological research of cognitive models of psychosis: a theoretical paper. *Psychol Med* 37: 1377-1391, 2007
- 16) Garety PA, Fowler D, Kuipers E: Cognitive-behavioral therapy for medication-resistant symptoms. *Schizophr Bull* 26: 73-86, 2000
- 17) Garety PA, Freeman D: Cognitive approach-

- es to delusions: a critical review of theories and evidence. *Br J Clin Psychol* 38 (Pt 2) : 113-154, 1999
- 18) Garety PA, Freeman D, Jolley S, Dunn G, Bebbington PE, Fowler DG, Kuipers E, Dudley R: Reasoning, emotions, and delusional conviction in psychosis. *J Abnorm Psychol* 114: 373-384, 2005
  - 19) Garety PA, Kuipers E, Fowler D, Freeman D, Bebbington PE: A cognitive model of the positive symptoms of psychosis. *Psychol Med* 31: 189-195, 2001
  - 20) Haddock G, Barrowclough C, Shaw JJ, Dunn G, Novaco RW, Tarrrier N: Cognitive behavioural therapy v. social activity therapy for people with psychosis and a history of violence: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 194: 152-157, 2009
  - 21) Haddock G, Barrowclough C, Tarrrier N, Moring J, O'Brien R, Schofield N, Quinn J, Palmer S, Davies L, Lowens I, McGovern J, Lewis S: Cognitive-behavioural therapy and motivational intervention for schizophrenia and substance misuse. 18-month outcomes of a randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 183: 418-426, 2003
  - 22) Haddock G, Lowens I, Brosnan N, Barrowclough C, Novaco RW: Cognitive-behavioural therapy for inpatients with psychosis and anger problems within a low secure environment. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 32: 77-98, 2004
  - 23) Hall PL, Tarrrier N: The cognitive behavioural treatment of low self-esteem in psychotic patients: a pilot study. *Behav Res Ther* 41: 317-332, 2003
  - 24) Hemsley DR: The development of a cognitive model of schizophrenia: placing it in context. *Neurosci Biobehav Rev* 29: 977-988, 2005
  - 25) Jones C, Cormac I, Mota J, Campbell C: Cognitive behaviour therapy for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev*: CD000524, 2000
  - 26) Jones C, Cormac I, Silveira da Mota Neto JI, Campbell C: Cognitive behaviour therapy for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev*: CD000524, 2004
  - 27) Kaney S, Bentall RP: Persecutory delusions and attributional style. *Br J Med Psychol* 62 (Pt 2) : 191-198, 1989
  - 28) Kapur S: Psychosis as a state of aberrant salience: a framework linking biology, phenomenology, and pharmacology in schizophrenia. *Am J Psychiatry* 160: 13-23, 2003
  - 29) Kapur S, Mizrahi R, Li M: From dopamine to salience to psychosis--linking biology, pharmacology and phenomenology of psychosis. *Schizophr Res* 79: 59-68, 2005
  - 30) Kingdon D, Turkington D: *Cognitive-Behavioural Therapy of Schizophrenia* Guilford Press, New York, 1994
  - 31) Krabbendam L, Myin-Germeys I, Hanssen M, de Graaf R, Vollebergh W, Bak M, van Os J: Development of depressed mood predicts onset of psychotic disorder in individuals who report hallucinatory experiences. *Br J Clin Psychol* 44: 113-125, 2005
  - 32) Kuipers E, Garety P, Fowler D, Freeman D, Dunn G, Bebbington P: Cognitive, emotional, and social processes in psychosis: refining cognitive behavioral therapy for persistent positive symptoms. *Schizophr Bull* 32 Suppl 1: S24-31, 2006
  - 33) Lehman AF, Kreyenbuhl J, Buchanan RW, Dickerson FB, Dixon LB, Goldberg R, Green-Paden LD, Tenhula WN, Boerescu D, Tek C, Sandson N, Steinwachs DM: The Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT) : updated treatment recommendations 2003. *Schizophr Bull* 30: 193-217, 2004
  - 34) Marshall M, Rathbone J: Early intervention for psychosis. *Cochrane Database Syst Rev*: CD004718, 2006
  - 35) Milton F, Patwa VK, Hafner RJ: Confrontation vs. belief modification in persistently deluded patients. *Br J Med Psychol* 51: 127-130, 1978
  - 36) Morrison AP: The interpretation of intrusions in psychosis: An integrative cognitive approach to hallucinations and delusions. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 29:

- 257-276, 2001
- 37) Morrison AP, Renton JC, Williams S, Dunn H, Knight A, Kreutz M, Nothard S, Patel U, Dunn G: Delivering cognitive therapy to people with psychosis in a community mental health setting: an effectiveness study. *Acta Psychiatr Scand* 110: 36-44, 2004
- 38) NICE: Psychological interventions in the treatment and management of schizophrenia, pp.90-116. National Institute of Clinical Excellence SP, 2002
- 39) Peters E, Day S, McKenna J, Orbach G: Delusional ideation in religious and psychotic populations. *Br J Clin Psychol* 38 ( Pt 1) : 83-96, 1999
- 40) Peters E, Garety P: Cognitive functioning in delusions: a longitudinal analysis. *Behav Res Ther* 44: 481-514, 2006
- 41) Pilling S, Bebbington P, Kuipers E, Garety P, Geddes J, Orbach G, Morgan C: Psychological treatments in schizophrenia: I. Meta-analysis of family intervention and cognitive behaviour therapy. *Psychol Med* 32: 763-782, 2002
- 42) Rector NA, Beck AT: Cognitive behavioral therapy for schizophrenia: an empirical review. *J Nerv Ment Dis* 189: 278-287, 2001
- 43) Smith B, Fowler DG, Freeman D, Bebbington P, Bashforth H, Garety P, Dunn G, Kuipers E: Emotion and psychosis: links between depression, self-esteem, negative schematic beliefs and delusions and hallucinations. *Schizophr Res* 86: 181-188, 2006
- 44) Stanton AH, Gunderson JG, Knapp PH, Frank AF, Vannicelli ML, Schnitzer R, Rosenthal R: Effects of psychotherapy in schizophrenia: I. Design and implementation of a controlled study. *Schizophr Bull* 10: 520-563, 1984
- 45) Tarrier N: A cognitive-behavioural case formulation approach to the treatment of schizophrenia. In: Case formulation in cognitive behaviour therapy, ed. Tarrier N. Routledge, New York, 2006
- 46) Tarrier N: Cognitive behaviour therapy for schizophrenia -- a review of development, evidence and implementation. *Psychother Psychosom* 74: 136-144, 2005
- 47) Tarrier N: An investigation of residual psychotic symptoms in discharged schizophrenic patients. *Br J Clin Psychol* 26 (Pt 2) : 141-143, 1987
- 48) Trower P, Birchwood M, Meaden A, Byrne S, Nelson A, Ross K: Cognitive therapy for command hallucinations: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 184: 312-320, 2004
- 49) Turkington D, Kingdon D: Using a normalization rationale in the treatment of schizophrenic patients. In: Cognitive-Behavioural interventions with Psychotic disorders, eds. Haddock G, Slade P, pp. 103-115. Routledge, London, 1996
- 50) Turkington D, Kingdon D, Turner T: Effectiveness of a brief cognitive-behavioural therapy intervention in the treatment of schizophrenia. *Br J Psychiatry* 180: 523-527, 2002
- 51) van Os J, Linscott RJ, Myin-Germeys I, Delsespaul P, Krabbendam L: A systematic review and meta-analysis of the psychosis continuum: evidence for a psychosis proneness-persistence-impairment model of psychotic disorder. *Psychol Med* 39: 179-195, 2009
- 52) Woodward TS, Menon M, Whitman JC: Source monitoring biases and auditory hallucinations. *Cogn Neuropsychiatry* 12: 477-494, 2007
- 53) Woodward TS, Moritz S, Arnold MM, Cuttler C, Whitman JC, Lindsay DS: Increased hindsight bias in schizophrenia. *Neuropsychology* 20: 461-467, 2006
- 54) Wykes T, Steel C, Everitt B, Tarrier N: Cognitive behavior therapy for schizophrenia: effect sizes, clinical models, and methodological rigor. *Schizophr Bull* 34: 523-537, 2008
- 55) Zimmermann G, Favrod J, Trieu VH, Pomini V: The effect of cognitive behavioral treatment on the positive symptoms of schizophrenia spectrum disorders: a meta-analysis. *Schizophr Res* 77: 1-9, 2005
- 56) ヤスパーズ, K. : 精神病理学総論 岩波書店、1953

- 57) 原田誠一：統合失調症の治療－理解・援助・予防の新たな視点－ 金剛出版、東京、2006
- 58) 山崎修道、荒川裕美、清野絵、古川俊一、笠井清登、加藤進昌、丹野義彦：慢性期の統合失調症患者における早急な結論判断バイアス．精神医学 47: 359-364, 2005
- 59) 石垣琢磨、道又襟子：経過の長い統合失調症に対する認知行動療法の多様性と適用条件．心理臨床学研究 24: 280-291, 2006
- 60) 丹野義彦：エビデンス臨床心理学 日本評論社、東京、2001
- 61) 池淵恵美、向谷地生良：統合失調症の症状自己対処 仲間集団での認知行動プログラム．In: 統合失調症へのアプローチ、pp.92-122. 星和書店、東京、2006